

給付金請求書

裏面のおり給付事由が発生したので、以下のとおり 給付金を請求します。

金額 0 0 0 円

十 万 万 千

中野区産業振興センター 所長 宛

請求者	会員番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	住所	<input type="text"/>					
	氏名	<input type="text"/>					印
	電話番号	<input type="text"/>					
会員死亡時の請求者氏名	<input type="text"/>					印	
会員との続柄	<input type="text"/>						

領 収 書

上記により請求した給付金額を領収しました。

令和 年 月 日 領収者氏名

印

委 任 状

* 請求者以外が受領する時のみ記入

給付金の受取を _____ [請求者との関係(_____)]に委任します。

令和 年 月 日 委任者氏名

印

※原則、窓口での受領となります。遠方など特別な理由の場合のみ下記にご記入ください

振 込 依 頼 書

上記給付金を受け取るにあたり、下記の口座に振込んでください。

令和 年 月 日 依頼者氏名

印

金融機関名等	銀行・信金・信組						支店	
	その他(_____)							
口座種別	普通・当座	口座番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	その他(_____)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
フリガナ	<input type="text"/>							
口座名義	<input type="text"/>							

【サービスセンター使用欄】

受付印	執行印
<input type="text"/>	<input type="text"/>

昭和 平成 令和
加入年月日 年 月 日

受付	カード記入	担当	所長	給付番号	入力
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

給付事由

該当欄に必要事項を記入してください。
給付金請求には、「給付事由」を証明する添付書類が必要です。

祝 金	会 員	結 婚	配偶者氏名		婚 姻 届 受 理 年 月 日	令和 平成 昭和	年 月 日	
		銀 婚			会 員 期 間	6か月以上・5年以上		
		金 婚						
	子	出 産	新生児氏名	(続 柄) ()	生 年 月 日	令和	年 月 日	
入 小 学 校			児 童 ・ 生 徒 氏 名		生 年 月 日	令和 平成	年 月 日	
学 中 学 校		(続 柄)	学 校 名	小 ・ 中 学 校				
会 員 ・ 子	二十歳の祝金	対象者氏名	(続 柄) ()	生 年 月 日	令和 平成	年 月 日		

死 亡 弔 慰 金	会 員		会 員 氏 名		死 亡 年 月 日	令和	年 月 日
					会 員 期 間	6か月以上・5年以上	
	家 族	配 偶 者 父 ・ 母	家 族 氏 名	(続 柄) ()	死 亡 年 月 日	令和	年 月 日
子			(流 産 ・ 死 産 週)				

見 舞 金	入 院	10日以上	入 院 期 間	令和 年 月 日	傷 病 名	
			入 院 日 数	令和 年 月 日		医 療 機 関 名
	障 害	障 害 名	障 害 認 定 日	令和 年 月 日		
		級 別		級		
住 宅	火 災 ・ 落 雷 ・ 破 裂 ・ 爆 発 (航 空 機 墜 落 ・ 車 両 飛 込)		半 焼 ・ 半 壊 以 上 (50% 程 度 以 上)	発 生 年 月 日	令和 年 月 日	